



All.1

Al Direttore del Distretto SS di _____

Dott. _____

Mail _____

PEC _____

Oggetto RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER PRESTAZIONI/TRATTAMENTI FUORI REGIONE PER PAZIENTI

AFFETTI DA MALATTIE RARE

Il/La richiedente _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. (_____) Via _____ n. _____

Codice fiscale _____ Tel. _____ cell. _____

mail _____ pec _____

CHIEDE

per se stesso in qualità di familiare in qualità di amministratore di sostegno

in qualità di tutore per se quale accompagnatore

del sig./sig.ra _____ grado di

parentela _____

nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) Via _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____

mail _____ pec _____

ai sensi delle seguenti disposizioni regionali:

- L.R. n. 25 del 21/11/1996
- L.R. n. 12/2005 art. 13
- L. R. n 51/2021 art. 12 co. 2

Prima istanza

Istanza successiva

Emergenza



ASL Brindisi

PugliaSalute

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BRINDISI

Il rimborso delle spese da sostenere/sostenute per effettuare le cure presso il Centro Malattie Rare extraregionale

Via _____ Città _____ Numero di telefono _____

Indirizzo mail dello specialista referente _____

per: visita specialistica day hospital/day service ricovero

Nel periodo dal _____ al _____

Si allega copia della prenotazione e/o programmazione specialistica a cura del Centro e la documentazione sanitaria compresa l'indicazione della motivazione per cui risulta necessario recarsi presso un Centro MR fuori Regione Puglia.

Data, _____

Firma del richiedente



**Modulo di consenso per il trattamento dei dati personali per le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (art. 13 Regolamento UE 2016/679) –
RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER PRESTAZIONI/TRATTAMENTI FUORI REGIONE PER PAZIENTI CON MALATTIA RARA**

PAZIENTE
(Nome e Cognome in stampatello)

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome in stampatello)
..... nato/a a..... il: //

in proprio, in quanto soggetto maggiorenne con piena capacità d'agire e di intendere e volere,

Dichiaro:

- di aver preso visione dell'informativa scritta sopra riportata e di aver compreso le informazioni in essa contenute, e di essere stato adeguatamente informato dei diritti esercitabili dall'interessato;
- di ACCONSENTIRE al trattamento dei dati personali nell'ambito della procedura per il rimborso spese sostenute da pazienti affetti da malattie rare per le cure fuori-regione, nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento;

Dichiarazioni eventuali del paziente, domande aggiuntive o altri aspetti del consenso informato:

.....
.....

Nome Cognome

Nome e cognome per esteso in stampatello PAZIENTE

Data

Firma del PAZIENTE

.....

Nel caso di richiesta presentata dai genitori familiare, caregiver o tutore legale, amministratore di sostegno, o se il presente modulo di consenso informato viene letto al/alla richiedente in quanto non è in grado di leggerlo e/o firmarlo autonomamente in presenza di due testimoni imparziali:

Genitore/Familiare/Caregiver/Tutore/Amministratore di sostegno

Io sottoscritto dichiaro che al paziente sono state correttamente spiegate le modalità di trattamento dei suoi dati personali e che il paziente ha acconsentito liberamente al trattamento dei suoi dati personali per gli scopi della presente procedura nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornita con il presente documento.

Nome e cognome per esteso:

.....

Data Firma



ASL Brindisi

PugliaSalute

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BRINDISI

Genitore/Familiare/Caregiver/Tutore/Amministratore di sostegno lo sottoscritto dichiaro che al paziente sono state correttamente spiegate le modalità di trattamento dei suoi dati personali e che il paziente ha acconsentito liberamente al trattamento dei suoi dati personali per gli scopi della presente procedura nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornita con il presente documento.

Nome e cognome per esteso:

.....

A cura del Distretto Sociosanitario

si autorizza

(previa esibizione in originale delle spese sostenute per biglietti aerei, ferroviari o altre spese di trasporto; pedaggio autostradale; spese vitto, pernottamento e altro)

non si autorizza

per il seguente motivo _____

Il Direttore del Distretto SS
